MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Instituto de Cardiología Infantil (ICI)

Instituto de Medicina Altamente Especializado

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 15 de junio 2004

(Sin corregir)

PRESIDE: Señor Representante Gustavo Amen Vaghetti

MIEMBROS: Señores Representantes Jorge Chápper, Luis José Gallo Imperiale, Orlando Gil Solares, Ramón Legnani y Wilmer Trivel.

DELEGADO DE SECTOR: Señor Representante Raúl Argenzio.

INVITADOS: Señores Ministro de Salud Pública, doctor Conrado Bonilla; Subsecretario, contador Milton Pesce; Director General de Salud, doctor Diego Estol y Director de Servicio de Salud, doctor Leonardo Risi.

SEÑOR PRESIDENTE (Amen Vaghetti).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social tiene mucho gusto en recibir al señor Ministro de Salud Pública, doctor Conrado Bonilla, al señor Subsecretario de Salud Pública, contador Milton Pesce, al Director General de la Salud, doctor Diego Estol y al Director de la División de Servicios de Salud, doctor Leonardo Risi. El orden del día de esta reunión ya fue enviado al señor Ministro. Por lo tanto, comenzaríamos con el primer punto: "Conocer las razones por las que la Comisión Administradora del Fondo Nacional de Recursos no autoriza el financiamiento de los procedimientos de cirugía cardíaca de adultos en el Instituto de Cardiología Infantil, siendo que desde el punto de vista formal este se encontraría habilitado como Instituto de Medicina Altamente Especializada".

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Siempre estaremos bien dispuestos a contestar las preguntas que hacen al buen funcionamiento de todo nuestro sistema de salud en la medida en que, de a pequeñas cosas, también se van corrigiendo las más grandes.

El señor Presidente se refería al por qué la Comisión Honoraria Administradora no ha autorizado aún la cirugía cardíaca de adultos del Hospital Italiano, Instituto ICI. El Ministerio de Salud Pública se ha expedido

sobre eso y ha dado instrucciones precisas a la Comisión Honoraria.

He tratado de que la Comisión Honoraria funcione con la mayor autonomía posible porque es así como entiendo que debe ser. Está integrada por nueve miembros, cinco que son del Poder Ejecutivo y cuatro que no lo son. Pero todas las resoluciones que ha tomado la Comisión Honoraria no han sido por el voto afirmativo de los cinco miembros del Poder Ejecutivo sino por su gran mayoría, cuando no por la unanimidad.

Preferiría hacer un pequeño "racconto" porque tengo entendido que esta situación les fue planteada a ustedes desde fines del año pasado. Es una situación que se ha prolongado y tengo la misma preocupación que ustedes en cuanto a que debe actuarse con la justicia que este asunto merece. ¡Cuidado con apartarnos de ese principio de actuar con justicia porque, de lo contrario, estaríamos desvirtuando todo lo que pretendemos hacer!

Trataré de explicarles cuál ha sido la sucesión de los hechos y cómo es que se ha demorado en la toma de una resolución. Dije lo anterior porque no estoy hablando lógicamente en nombre de la Comisión Honoraria, que ustedes en su momento escucharon o escucharán, y que tendrá que explicar como Comisión autónoma cuáles han sido sus razones. Yo, como Ministro de Salud Pública y como Presidente nato de la institución, comprendo algunas de las razones que esgrime la Comisión -luego lo vamos a ver- pero también les diré cuál es nuestra posición que orientará, en todo lo posible y sin violar lo que son los principios de autonomía, la decisión que la Comisión deba tomar.

El doctor Risi nos va a hacer el "racconto" de este tema porque vale la pena recordarlo.

SEÑOR RISI.- Intentaré ser lo más conciso y breve posible en la cronología normal de los hechos administrativos, jurídicos y técnicos que llevaron al Ministerio, en la persona del Director General de la Salud, a pronunciarse respecto de que, a juicio del Ministerio de Salud Pública, el Instituto de Cardiología Infantil contaba con las habilitaciones requeridas en tiempo y en forma y nunca habían sido revocadas.

Simplemente, para ilustrar a los Diputados, quiero decir que el Instituto de Cardiología Infantil cubre sustancialmente, a través del Fondo Nacional de Recursos, tres de las cuatro técnicas de cirugía cardíaca o llamémosle de cirugía intervencionista. Esto es la coronariografía, la angioplastia y los transplantes cardíacos. Todos ellos en adultos. Queda una cuarta técnica que está situada a modo de complejidad en el tercer nivel; primero la coronariografía, luego la angioplastia, luego la revascularización cardíaca y finalmente el transplante.

Cuando analizamos históricamente qué sucedía con la revascularización miocárdica, nos encontramos con que en el año 1999 la Comisión Honoraria del Fondo Nacional de Recursos había aprobado la técnica de revascularización miocárdica otorgándosela al Hospital Italiano. Esa resolución, refrendada por la unanimidad de los miembros de la Comisión, fue posteriormente comunicada por el entonces Director Técnico y actual Director Técnico del Fondo Nacional de Recursos, doctor Areche, a las propias autoridades del hospital Italiano. Digo esto por cuanto las resoluciones ministeriales, primero la del año 1998 y luego la del año 2002, hacen referencia a las habilitaciones que tuviera anteriormente el Hospital Italiano.

En ese sentido, vale la pena recordar la resolución del año 1998 cuando las partes acuerdan -Hospital Italiano e ICI- transferirse las habilitaciones. Eso se recoge en una resolución del Ministerio que habilita al Hospital Italiano, en forma precaria y por el término de un año, a realizar cirugía cardíaca y transplantes de adultos.

Posteriormente, en el año 2002, el Ministro de la época reitera la resolución concediendo al Instituto de Cardiología Infantil la autorización como IMAE propio y rescatando para sí -para dicho Instituto- todas las habilitaciones y técnicas que estaban a nombre del Hospital Italiano. Por ende, como primera conclusión, no hay ninguna duda de que en el año 2002 el Hospital Italiano trasladó la autorización al Instituto de Cardiología Infantil para realizar cirugía de adultos. Por otra parte, este hecho fue rescatado, como dije, por una resolución de la propia Comisión Honoraria de Salud Pública y comunicada a las partes.

Me voy a detener en el concepto de "precario". En esos momentos, existían algunos servicios del Hospital Italiano que estaban en proceso de habilitación y de migración a la nueva norma del decreto de habilitaciones, Nº 416 de 2002. Las habilitaciones son precarias en múltiples IMAE que actualmente están

funcionando en el país y no han sido cuestionados, pero el Ministerio sabiamente ha hecho que esos centros vayan migrando progresivamente a la mejora de las normas de habilitación.

Como muy bien lo recoge un informe jurídico del Director de la División Jurídico Notarial del Ministerio, una habilitación es precaria cuando no tiene término en el plazo y lo es hasta que cese, es decir, hasta que sea revocada. Muy distinta es la resolución de 1998 porque tenía un plazo, pero la de 2002 era una resolución sobre la que no podían existir dos interpretaciones. Era precaria pero no tenía plazo y, por tanto, estaba vigente hasta que se revocara. La División Servicios de Salud se limitó a estos conceptos para asesorar a la Dirección General de la Salud que, oportunamente, puso en consideración de la Comisión Honoraria del Fondo Nacional de Recursos una resolución que recoge sistemáticamente lo que acabamos de decir.

La Comisión Honoraria vuelve a pedir al señor Director General de la Salud -no juzgamos el celo, ni las interpretaciones de esta Comisión- algunas aclaraciones con respecto a si las habilitaciones tenían un acto específico para ser otorgadas. Esta era una pregunta que nunca se nos había hecho, y se refería a si el Ministerio habilita actos o servicios. No hay ninguna norma para habilitar actos puntuales dentro de un servicio, las habilitaciones lo son en todo concepto.

Vean los señores legisladores que este centro estaba siendo habilitado para hacer transplantes cardíacos, que es seguramente la técnica de mayor complejidad, y sin embargo la preocupación allí era si la cirugía de revascularización estaba siendo autorizada por esa resolución de la Dirección General. Luego de oír el informe de la División Jurídico Notarial y del Departamento de Habilitaciones, el señor Director General contesta que el Ministerio de Salud Pública habilita servicios pero no técnicas y que, por ende, la cirugía de revascularización estaba comprendida en esa autorización.

Esta es la cronología de los trámites y notas que fueron incorporados oportunamente al expediente Nº 2759 y que finalizaron en la aclaración de las dudas que teóricamente tenía la Comisión Honoraria con respecto a si esta técnica estaba habilitada.

También debemos recordar que la Comisión Honoraria del Fondo Nacional de Recursos remitió al Instituto de Cardiología Infantil un telegrama colacionado que supeditaría la cobertura de esta técnica hasta que se hubieran sorteado los trámites de habilitación que, a juicio de la Comisión, estaban caducos. Aclarado este concepto, la Comisión aún no se ha pronunciado sobre la habilitación.

Esto es cuanto tengo que decir del trámite.

SEÑOR PRESIDENTE.- El señor Diputado Gallo solicita que reitere la última resolución.

SEÑOR RISI.- La última resolución es la del 15 de agosto de 2003, enviada por la Dirección General de la Salud al Fondo Nacional de Recursos. Dice así: "Esta Dirección General ratifica lo informado concluyendo que el Instituto de Cardiología Infantil se encuentra habilitado para realizar todas las técnicas de cirugía cardíaca". Expediente Nº 2526 de 2003, a fojas 30.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Creo firmemente que la Comisión no ha resuelto este tema y debería hacerlo de una buena vez para no actuar discrecionalmente, como podría pensarse.

La Comisión en pleno analizó en su momento cómo se venía operando, en particular en el ICI, y constató que desde 1993 hasta el año 2003 no figuran operaciones de adultos. Sí se había operado a unos cuantos congénitos adultos; estamos hablando de cuarenta y una cirugías en el correr de esos 10 años, pero no hubo ninguna cirugía de revascularización, aunque sí se realizaron transplantes. Estos eran datos que manejaba la Comisión Honoraria.

Por otro lado, era notorio lo que estaba ocurriendo con toda la cirugía cardíaca en el país. A partir del año 1999, cuando se empiezan a hacer los controles de segunda opinión y a controlar más estrictamente las indicaciones de los pacientes, comenzó a bajar el número total de cirugías cardíacas en el país en una importante proporción, lo que llevó a que de 2.563 angioplastias en el año 2000 se pasara a poco más de 2.000 procedimientos en 2003. Yo participé como gerente general del Fondo en las consideraciones realizadas en el seno de la Comisión Honoraria; en esa oportunidad, no tenía voto pero sí podía opinar técnicamente desde la Dirección General.

Hay que tener en cuenta que se debe esperar unas 600 cirugías cardíacas por millón de habitantes. Nosotros estábamos sustancialmente pasados de esa cifra. Evidentemente, había un mayor número de operaciones que las esperadas; pero al empezar a hacerse los controles, comenzamos a acercarnos a esa cifra que parecía ser la media en el resto del mundo y es la que se registra actualmente.

Entonces, el número de cirugías venía bajando y en medio de todo esto aparece el IMAE del Sanatorio Americano. A medida que fue creciendo, pues, el número de IMAE, se hizo necesario que la Comisión analizara más cuidadosamente en cada caso los efectos esperados ante eventuales nuevas autorizaciones. En este sentido, digo a modo de ejemplo que se solicitó desde Salto la creación de un centro para hacer hemodinamias y angioplastias. En aquel momento se valoró lo que estaba pasando con adultos y no se otorgó el permiso, porque un centro de angioplastia debe tener un centro de cirugía al lado por si surge cualquier complicación, y en este caso no sucedía así; además, tampoco contaban con los cirujanos como para actuar ante esos imponderables. Con un criterio muy similar, tampoco se autorizó el centro del Hospital Policial que también lo solicitó en aquel momento. Asimismo, se solicitó la autorización para el Hospital Evangélico, pero sólo se permitió la implantación de marcapasos, que no requiere contar con un centro de cirugía, y no se autorizó las angioplastias y hemodinamias. El único IMAE de cardiología cuya cobertura resultó ser autorizada por el Fondo fue el del Sanatorio Americano, luego de varios años de trámite de la solicitud. Recuerdo que se consideró que era prioritario para el Fondo que hubiera otro centro de cirugía cardíaca infantil. La condición que se exigió para financiar las técnicas al Sanatorio Americano fue que trabajara con niños y con adultos. Al otorgar la autorización para el IMAE cardiológico del Sanatorio Americano, el Fondo tuvo claro los riesgos que podía derivarse de esa ampliación de servicios. Por eso, a partir de ahí se hizo un seguimiento uno a uno de todos los procedimientos realizados en estos IMAE: cómo se tomaban las decisiones, cómo se hacían los procedimientos, cuáles eran las complicaciones; en fin, se empezó a profundizar en la metodología de trabajo y en los resultados a corto y a largo plazo. Inclusive se convocó a asesores del exterior para determinar cuál era el número de operaciones mínimo adecuado que debía tener cada centro de cirugía cardíaca, tanto en niños como en adultos.

Esos pronunciamientos que llevó a cabo la Comisión Honoraria en aquel momento se adoptaron sin perjuicio de la existencia de la habilitación ya otorgada por el Ministerio, en uso de la facultad que por ley tiene esa Comisión de determinar si proporciona o no la cobertura financiera. Si bien es imprescindible obtener la habilitación del Ministerio para funcionar, ello no es suficiente para que el Fondo incluya esas prestaciones como IMAE. También existen antecedentes de servicios no clausurados por el Ministerio a los cuales el Fondo les retiró la cobertura financiera.

Esto lo explicaba el propio Director Técnico en nombre de la Comisión Honoraria en un documento que creo que está en poder de los señores Diputados. Se trata de un material de fecha 15 de setiembre de 2003 que tengo entendido fue entregado en esta Comisión.

Antes de autorizar la cirugía, el Fondo también vigila toda la documentación acreditante del IMAE y de las instalaciones donde estos prestan servicios, sobre todo, en los IMAE no institucionales que arriendan plantas sanatoriales.

El Fondo también consideró el problema de la dotación de cirujanos, en el entendido de que un IMAE que desarrolla la totalidad de las técnicas cardiológicas, debe tener un "stand by" quirúrgico permanente que le permita dar respuesta oportuna a eventuales complicaciones de la angioplastia, de la cirugía de urgencia o de reintervenciones de emergencia. Por eso existe un piso en la dotación de cirujanos que el Fondo debe exigir antes de otorgar cobertura.

En el caso que nos ocupa, uno de los cirujanos cuenta con experiencia en revascularización y en pacientes valvulares, que fue desarrollada anteriormente en otro IMAE del cual se desvinculó. El resto de los cirujanos sólo tiene experiencia en cirugía de congénitos. Según el Fondo, desde el punto de vista técnico, sería objetable el funcionamiento de un centro de cirugía cardíaca con un solo cirujano experimentado. Estas son las consideraciones que maneja el Fondo; y por aquí me explico la demora que ha existido en algo que a mi entender no está bien: que se prohíba a un centro la realización de una técnica intermedia en complejidad, cuando se le permite hacer cirugía de transplante, porque quien puede lo más, puede lo menos. Y es bastante elemental que esto no puede transformarse en algo discrecional, porque nos apartaríamos de los principios de justicia. Por tanto, propongo reunirme con los representantes del Fondo para hacer estas consideraciones que he transmitido a ustedes. También he tratado de trasmitir lo que sé que algunos integrantes del Fondo

manejan como conceptos, a los efectos de autorizar la acreditación, pero quiero que en esta reunión quede claro que el Ministerio de Salud Pública entiende que está absolutamente habilitado y que es razonable que cumpla con todas las técnicas. Sería el único IMAE del país al que se le prohíbe una técnica específica dentro del grupo que corresponde y entiendo que esto no puede ser sostenido. Aquí hay que tomar una resolución con la justicia adecuada.

Esto es lo que puedo informarles y estamos a las órdenes. Tanto como ustedes, este Ministerio va a hacer todo su esfuerzo. Si bien uno no es el dueño de la Comisión Honoraria, podemos reunirnos con ellos para explicarles nuestras inquietudes y mandatar a nuestra gente, y explicar a los restantes cuáles son las razones que nos mueven a pedir directamente que solucionen este tema.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- En primer lugar, queremos agradecer la presencia del señor Ministro de Salud Pública y de sus asesores.

El hecho de que los hayamos invitado para hablar sobre este tema está directamente vinculado a que este es un largo proceso que ha vivido esta Comisión. En reiteradas ocasiones el Instituto de Cardiología Infantil -la parte de adultos- ha venido a plantear con preocupación este tema a este ámbito. Desde nuestro punto de vista es una preocupación compartible que como Instituto no puedan realizar una parte de la técnica.

En este largo proceso nos han dejado una cantidad de documentaciones que coinciden con las que nos dio el Ministerio. Nosotros coincidimos con el Ministerio en lo manifestado en dichas documentaciones, en el sentido de que acá -hay documentos que lo prueban- el Instituto de Cardiología Infantil está habilitado para realizar todas las técnicas. Partimos de un hecho que no deja de tener su importancia. El Fondo Nacional de Recursos toma la decisión unilateral de que hay una técnica de las que está habilitado a realizar que no la puede realizar en función de una serie de argumentaciones que pueden ser compartibles o no. En lo personal no comparto dichas argumentaciones, pues llevaron al Fondo a excluir al ICI de la práctica de esa técnica.

El señor Ministro terminó su exposición diciendo algo que es muy importante: él va a influenciar o gestionar ante el Fondo. Pero la duda que tengo es si el Ministerio tendrá la posibilidad de decidir en este asunto. Digo esto porque me remito -creo que el doctor Risi citó esto en algunos de los documentos- a un informe que con fecha 1º de setiembre de 2003 hace la Dirección General de Secretaría del Ministerio, firmado por el doctor Mauvezin Viera. En algunas partes habla de la responsabilidad que tiene el Ministerio con respecto a este asunto. Este informe dice lo siguiente: "El Fondo Nacional de Recursos o más bien la Comisión Honoraria Administradora del Fondo Nacional de Recursos es una persona jurídica de derecho público no estatal.- Se trata de un organismo creado por ley (Nº 16.343 de 24/12/1992), que funciona fuera del ámbito de la Administración Central, cuyo patrimonio es oponible al Estado y cuya administración cuenta también con poderes jurídicos que se ejercitan sin ningún grado de sumisión.- El único control estatal es el que emana de la propia ley y está referido esencialmente a la aplicación de los fondos (art. 114 y 119 del TOCAF).- Ahora bien, contestada la interrogante anterior, no puede soslayar el suscrito" -el doctor Mauvezin Viera, en representación de la Dirección General de Secretaría- "que la presentación del Instituto de Cardiología Infantil traduce una denuncia del actuar del Fondo Nacional de Recursos en contra de dicho Instituto; y en la medida que la Comisión Administradora está integrada por -entre otros- tres representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales es el Ministro de Salud Pública o quien lo represente, el señor Ministro sí cuenta con atribuciones para instruir a sus delegados e indagar si los hechos denunciados son como se presentan en la denuncia, de modo de excluir cualquier tipo de responsabilidad que pueda luego atribuírsele [...]". Y termina diciendo: "En conclusión, si bien el Señor Ministro se encuentra impedido legalmente de ordenar al Fondo Nacional de Recursos el comportamiento pedido, puede y debe instruir a sus delegados el efectivo contralor de legalidad de los actos y procedimientos denunciados.- Y en suma, cabe ordenar a los delegados del Ministerio de Salud Pública" -esto es lo que se le informa al señor Ministro- "para que indaguen la razón de la denuncia y de confirmarse los fines dilatorios alegados, proceder en consecuencia". Parece muy claro el informe que le hacen al señor Ministro en cuanto a que, a través de sus representantes, indague sobre la legalidad o no de esta medida.

El tema es que esto es del 1º de setiembre de 2003 y estamos en junio de 2004. Entonces, uno podría decir que si bien comparte las conclusiones del señor Ministro en el sentido de que ahora va a indagar y a gestionar, parecería que hay un período demasiado dilatado donde esto no se hizo, cuando hay resoluciones ministeriales muy claras.

Esta es la preocupación que tenemos. De acuerdo a sus palabras, usted confirma que está comprometido a que rápidamente el Fondo Nacional de Recursos actúe con la legalidad que le corresponde. Entonces, en la legalidad no hay nada que no habilite al ICI. Por tanto, me parece bien que de alguna manera el Ministerio de Salud Pública a través del Fondo Nacional de Recursos y sus delegados que son tres, impugne la decisión del Fondo Nacional de Recursos de no permitir que el ICI practique determinada técnica.

Si los compañeros están de acuerdo, me parece bien que el Ministerio de Salud Pública tome esta decisión lo más rápidamente posible ya que tiene potestades para intervenir, a fin de que esta situación se revierta, después de esta pérdida de tiempo tan extensa. Me parece que esta es una legalidad que está perjudicando a un equipo que está habilitado para llevar a cabo esa técnica y que tiene antecedentes en el país desde mucho tiempo, por lo que no parecería una incongruencia lo planteado porque, como decía recién el señor Ministro: "Quien hace lo más, no puede hacer lo menos". Entonces, no es razonable que de quienes fueron pioneros en transplantes cardíacos en el Uruguay, hoy se diga que no están capacitados para hacer un "by pass" coronario; parecería que no hay nada que avale esto.

Por tanto, comparto las conclusiones del Ministerio y solicito en forma personal -puede ser o no compartido por los demás miembros de esta Comisión- que este tema se dilucide de manera rápida, lo más urgente posible.

SEÑOR GIL SOLARES.- Creo que lo que ha dicho el señor Diputado Gallo Imperiale es absolutamente compartible y lo apoyo.

Quiero hacer una brevísima precisión en cuanto a lo que significa este tiempo de quietud dentro del ICI. Eso se traduce en economías, no en ahorros; se traduce en gastos totalmente inútiles. Esa gente parada no resuelve problemas, pero igual gasta, tiene costos, y eso hay que tenerlo en consideración. Lo que solicito es que esto se resuelva a la brevedad.

SEÑOR CHÁPPER.- Damos la bienvenida a los integrantes del Ministerio.

Además de suscribirme a todo lo que se ha dicho, hay algo en lo que los médicos tenemos especial cuidado; el hecho de no dejarlos trabajar les quita la destreza. Estamos haciendo un daño a los médicos, sobre todo a los cirujanos, que creemos que puede ser irreversible. No podemos tolerar que no se cumpla la ley y que esto se dilate en el tiempo pero, además, le estamos quitando el insumo más importante a profesionales de primera calidad: el desarrollo de su técnica, la destreza. Por eso tenemos que actuar rápidamente y no tengo dudas de que el Ministro tomará los recaudos necesarios, como ya lo ha dicho. Yo adhiero a la solución, pero dejo constancia de que se está realizando un daño. No vinculo al señor Ministro ni a su Ministerio, pero sí a una entidad que quizás está dejando de lado temas en los cuales no podemos entrar no solo los uruguayos sino los médicos.

SEÑOR LEGNANI.- Agradezco la presencia de las jerarquías del Ministerio y la explicación que han brindado y dejo constancia de nuestro apoyo a la propuesta realizada por el compañero de Comisión señor Diputado Gallo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Antes de pasar al tratamiento del segundo punto del orden del día, me gustaría decir que comparto lo que expuso en primer lugar el doctor Risi y las palabras finales del Ministro en cuanto a que se iba a ocupar personalmente del tema. Al igual que han expresado los demás compañeros, creemos que este asunto se ha dilatado demasiado en el tiempo y hay que solucionarlo.

En el segundo punto del orden del día figura un tema que planteé personalmente en la Comisión y que me preocupa desde hace mucho tiempo; ha sido planteado muchísimas veces en las sucesivas Administraciones y a todos los Ministros que ha habido en este Período. Me refiero a problemas prioritarios de salud que tenía el Ministerio, muchos de los cuales, desde nuestro punto de vista, fueron dejados de lado y tuvieron repercusiones sobre indicadores sanitarios que a nosotros nos preocupan mucho. Estas cosas no son gratas de decir, porque el país hizo un gran esfuerzo en estos temas.

En materia de mortalidad infantil ha habido un aumento, un retroceso en las cifras que tenía el Uruguay, que no eran ideales pero que podían seguir mejorándose, si se seguía trabajando en ese sentido.

No tengo las cifras exactas, pero puedo decir que hay un aumento de la mortalidad en Montevideo; en Artigas se pasó de un 12,6% en el año 2002 a un 28,9% en el 2003; en Salto se saltó de un 14,3% a 21,4%. En un caso el aumento fue del 16% y en otro del 7,1%. En el año 2000 la mortalidad estaba en un 14 por mil. No tengo los datos del 2004, pero en el 2003 estábamos en un 15 por mil. O sea que fallecieron 50 niños más y nacieron 1.415 menos que en el 2002.

Con relación al PAI, Uruguay siempre tuvo una tasa de cobertura de aproximadamente el 94%. Según los datos que tengo, en algunas zonas y barrios ese porcentaje bajó al 70%. Siempre fuimos ejemplo en el mundo por el PAI, por la cobertura que brindamos. Este tema me preocupa no solo por lo que significa para la población no tener esos nichos que puedan ambientar epidemias, etcétera, sino por el descenso en el porcentaje de cobertura. Estoy muy preocupado y lo estaría más, si estuviera del lado del Ministerio. El porcentaje de cobertura siempre fue el 94%, independientemente de la zona en la cual viviera la gente, y hoy está en menos del 70%.

Hay otros temas que también me preocupan, pero no se vinculan solo a la tarea del Ministerio, es decir, hay una responsabilidad compartida, como el relativo a la desnutrición, que notoriamente ha aumentado. Es obvio que la crisis brutal que se vivió en el 2002 ha contribuido a eso. Por lo tanto, al tema de la desnutrición lo dejaría de lado porque tiene múltiples causantes.

Reitero que mucho me preocupan el aumento de la mortalidad infantil y el descenso de las inmunizaciones. Me gustaría saber a qué atribuye esto el Ministerio, dado que en el país se había hecho un esfuerzo muy importante en ambos casos. No hablemos del anterior período sino de la salida de la dictadura, cuando teníamos cifras alarmantes de mortalidad infantil y luego de tres gobiernos sucesivos se logró revertirlas, al igual que el tema de la desnutrición, que en esa época también era muy preocupante. Algunas de las cifras que hoy tenemos nos retrotraen al año 1986; esto implica volver a quince o veinte años atrás, lo que no creo que sea bueno.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Ya lo creo que es un tema preocupante, y es mucho lo que hemos tratado de hacer. Algunas cosas hemos logrado y otras están en vías de hacerse.

El doctor Estol indicará de qué manera el Ministerio de Salud Pública encaró la posibilidad de un desmejoramiento de nuestros indicadores asistenciales en todo el país al ver la crisis que habíamos sufrido. En todas partes por el mundo, cuando presentamos el problema de Uruguay nos dijeron: esto va a tener traducción en los principales indicadores de salud del país, porque no es posible que transcurra una crisis de este tipo sin que influya en aquellos indicadores que son extremadamente sensibles, como lo es la tasa de mortalidad infantil, que está definida como un indicador sanitario asistencial; sobre todo me refiero a la influencia de las condiciones socio-económicas de un país.

He pedido un informe exhaustivo y tratamos de tener en tres meses las cifras reales de mortalidad que no se habían pedido del año siguiente, aunque no tuviéramos los estudios finales, para ver si estábamos orientados exactamente hacia aquellos núcleos poblacionales en los cuales nuestra acción tuviera que ser más acentuada aún de lo que ya venía siendo, y lo logramos. Se trató de un equipo del Ministerio integrado por doce o quince personas, supervisadas por la principal gente que tenemos en Estadística, como Raquel Rosa, de la División de Salud de la Población, y las doctoras Teresa Puppo e Irma León. Participaron Iris Maresca, Dora Andrada, Silvia Rocha, Olga Braga, Ricardo Matoni, Idé Robledo, Raquel Fernández, Mónica Testa, Nélida Ferrás, Estela Aquino, Graciela Fulle, Walter Rayo y Aurora Carro, entre otros. En tres meses, lograron hacer un análisis de qué era lo que había ocurrido en el 2003.

Es importante puntualizar que la tasa de mortalidad infantil, cuando se calcula para áreas geográficas pequeñas, con un número relativamente reducido de fallecidos -que va en el numerador- y un número relativamente pequeño de nacimientos -que va en el denominador-, se transforma en un indicador inestable, en cuyo caso es recomendable, desde el punto de vista estadístico y científico, realizar su determinación teniendo en cuenta ciertos aspectos metodológicos -que más adelante vamos a considerar- para poder analizarlo con propiedad.

Por suerte, aquí casi todos somos médicos y, en consecuencia, no voy a tener que explicar lo que es mortalidad neonatal, lo que es mortalidad neonatal precoz -de cero a siete días- ni tardía -de 8 días hasta completar el mes- ni la posneonatal, que va desde el primer mes hasta completar el primer año. ¿Por qué medimos la mortalidad infantil con los famosos intervalos de confianza? Porque el concepto de rango de valores normales, que los médicos utilizamos en la clínica frente a un caso individual, también es lo que se aplica cuando uno trata de medir fenómenos en grupos de población. Cuando medimos una tasa de mortalidad, por ejemplo en el año 2003, y en un área geográfica que, primero, es el país y, después, cada departamento, de alguna manera estamos estimando, a partir de una tasa observada el año pasado, qué es lo que ocurre con el valor que tenemos ahora, la diferencia posible entre esos valores, es decir, entre el observado anteriormente y el que ahora se observa. Las causas de variación, en parte, pueden deberse al azar, y esto es lo que se conoce como error aleatorio; es decir, cuando uno puede atribuirlos al azar. Y eso se expresa a través de los intervalos de confianza o rangos de valores probables.

Voy a entregar un material porque es importante ver esos rangos de confianza desde el año 1986 hasta el 2003 inclusive, y ver cómo el número real de mortalidad aumentó, pero lo que aumentó en el rango de confianza -cuando se establece en rangos-, la diferencia, es menor a la del intervalo de confianza. Veo que no me expliqué bien.

Cuando uno tiene los valores del año 2002, por una fórmula matemática calcula qué es lo que puede ocurrir en el 2003, dando la posibilidad de que uno pueda decir que no aumentó ni bajó desde el punto de vista estadístico la mortalidad infantil; hay una muerte más o una muerte menos, pero eso, desde el punto de vista estadístico, no es significativo. No tiene valor estadístico y se mantiene dentro del rango porque está dentro del intervalo de confianza. Es una cifra matemática; el valor del año 2002 da un límite superior y uno inferior para el año 2003, y si está dentro de eso, la diferencia no es estadísticamente significativa. No quiere decir que no exista y nadie pretende negarla, sino que así es como se analiza científicamente una estadística. Esa diferencia en la altura de los rangos que estaba prevista matemáticamente es mayor que la que realmente hubo. Esto hace decir técnicamente que si bien hubo 51 muertes más en el país por encima de las 720 que hubo en el 2002, ese aumento, visto así, no se sale de rango y estaría dentro de lo que presumiblemente podría ser aleatorio, aunque no significa que lo sea. Pero cuando desglosamos esas muertes y aparece la diferencia en Artigas, observamos que desde el punto de vista estadístico es significativa. ¿Por qué aumentó así el número de muertes en Artigas? Todos sabemos lo que ha sufrido Artigas y, sin duda, la crisis ha ocasionado muchas de estas situaciones terribles. En los años pasados, aunque se corrigió algo en el 2002, aún estábamos lejos de corregir como se hizo en el 2003. Las madres que tenían parto de riesgo en Artigas eran enviadas a tener sus hijos a Salto o a Tacuarembó. La estadística siempre tomó el departamento donde nacían los niños y no el de origen de la madre. Recién se tomó el origen de la madre en el 2003 como un dato que tenía que ser registrado necesariamente, y esto elevó bruscamente las cifras de muerte en Artigas, aunque no sabemos cuál era realmente la cifra anterior porque no estaban tomados todos los casos. Ese es un hecho que podrá explicar esto en una mínima parte, a pesar de que todavía no sabemos valorarlo bien. El otro hecho que ocurrió fue que hubo 1.400 partos menos en Artigas, y al disminuir los partos aumenta la tasa relativa. ¿Cuánto importa eso? No lo podemos calcular pero, evidentemente, pasa de 14 a 15, y aquí juegan todas estas cosas. El hecho es que lo ocurrido en Artigas es estadísticamente significativo. Ahí sí queda fuera de rango. En consecuencia, esto nos está indicando que hay que actuar y, específicamente, en Artigas. Por eso, esta gente que nombré, que son quienes hicieron el informe -porque no soy especialista en estadísticas-, decían que para el buen análisis de la cifra es recomendable utilizar siempre intervalos de confianza. Reafirman que en Artigas la cifra está aumentada por otras razones en las que hay que profundizar porque, evidentemente, allí la crisis hizo mella. Las variaciones anuales de la tasa de mortalidad infantil no deben ser analizadas en forma aislada.

Para poder diluir esos problemas es importante ver los últimos tres años. Les he acercado un cuadro que muestra lo que ocurrió en los últimos tres años con respecto a las defunciones de menores de un año, nacimientos y tasa de mortalidad infantil. En la columna correspondiente a departamento de residencia, se detalla Montevideo e interior, y luego cada uno de los departamentos. En cuanto a defunciones de menores de un año, en el año 2002 Montevideo tuvo 252 muertes y en el año 2003 fueron 301, casi exacto el número de mortalidad, pero creció pues hubo más que en el 2002. En Artigas también aumentó, pasó de 18 a 39 niños fallecidos. Sin embargo, en otros departamentos disminuyó, en algunos mucho y en otros poco, por ejemplo, en Canelones, Colonia, Durazno, Flores, Florida, Maldonado, Paysandú, Rocha, San José, Soriano y Tacuarembó. Pero se elevó en Treinta y Tres, Lavalleja, Río Negro y Artigas. Y disminuyó el número de nacimientos, con lo cual la tasa también se nos disparó. Ahí figuran los datos de los años 2001, 2002 y 2003;

estoy hablando de la tabla V.1, "Comparativo de las Defunciones de menores de un año, Nacimientos y Tasa de Mortalidad Infantil según Departamento". Hay 51 muertes más de menores de un año, lo que se acompaña de una disminución de 1.415 nacidos vivos menos en todo el país para el mismo período. Estos datos elevan la tasa de mortalidad 1,2 puntos cada mil nacidos vivos. Como ya explicábamos, cuando se calcula esta tasa para áreas geográficas pequeñas y se consideran departamentos donde hay un número reducido de nacimientos y una variación pequeña en el número de muertes, ahí se convierte realmente en un indicador inestable y es recomendable realizar la determinación de la tasa en períodos superiores a un año único. Así se hace la nueva tabla de la cual entregué fotocopia a los señores Diputados, que corresponde al gráfico VI.1 "Tasa de Mortalidad Infantil y Promedios móviles quinquenales.- Uruguay 1984-2003". La tabla V.2 les muestra la tasa de mortalidad infantil promedio cuando uno considera trienios móviles, en este caso, los años 2001, 2002 y 2003. ¿Cuáles fueron esas muertes? Durante el trienio, para el total del país hay un aumento proporcionalmente mayor del componente post neonatal; no es mucho, pero está acentuándose la muerte en el período post neonatal con respecto al componente neonatal. El componente post neonatal es casi el doble del neonatal. Esto se ve de manera diferente en Montevideo que en el interior. La tasa de muerte neonatal fue mayor en Montevideo que en el interior. En Montevideo se verifica un aumento en el año 2003 con respecto al año 2002, con dos fallecidos más cada mil nacidos vivos en el período neonatal; en cambio, en el período post neonatal no llega al uno por mil. En el interior descendió la mortalidad neonatal con respecto al año anterior y hubo un aumento en el componente post neonatal. Los factores socioeconómicos y ambientales son los que más están influyendo. Lo que está ocurriendo en Montevideo todavía no lo tenemos claro, porque hay un componente neonatal también importante. Nosotros considerábamos que el proceso de asistencia de los partos estaba bastante bien dominado. El problema está más relacionado con lo nutricional, ambiental, educacional, con madres que no se controlan, que llegan al momento del parto sin ningún control, madres adolescentes; cada vez son más los niños que después de nacidos vuelven a un medio ambiente que no es propicio, en el que aparecen las condiciones que favorecen la mortalidad. Sin embargo, en Montevideo tenemos un componente neonatal que no es despreciable; no así en el interior.

El Ministerio sigue progresando en el estudio de estas cifras; hemos hecho desglosar los 770 niños, uno por uno, averiguando dónde viven, cómo son los padres, dónde están, a qué servicio médico pertenecen, si fueron controlados y cuántas veces. Recién ahora tenemos pronta esa planilla. Se terminó de hacer en estos días y el doctor Estol cuenta con todos los informes que luego nos explicará. Con el tratamiento, caso por caso, podremos profundizar para averiguar qué ocurre realmente. Afortunadamente, en nuestro país las tasas de mortalidad infantil siempre se han leído niño por niño, persona por persona, y no como sucede en los demás países de Latinoamérica donde se hace un muestreo y de acuerdo a eso se deduce la mortalidad infantil. Aquí no hay muestreo; aquí se sabe cómo se llama cada uno, de quién es hijo y dónde vive. Eso da una exactitud a nuestras cifras muy superior a la que presentan otros países de Latinoamérica.

Como decía, no sería correcto realizar un análisis de la variación de los componentes en el trienio según departamento, porque ahí la variabilidad es brutal. Cuando vemos los componentes por departamento, por ejemplo, Flores, se observa una disminución de la tasa de mortalidad infantil post neonatal de 7,6 en el 2002 a 2,3 en el 2003. Si este componente post neonatal en el primer año de vida se encuentra determinado fuertemente por las condiciones medioambientales, por la educación de la madre, el nivel socio-económico de la familia, etcétera, alguien puede concluir que desde el año 2002 al 2003 en este departamento mejoraron las condiciones, lo que no es así. Si observamos los números absolutos de fallecidos de más de cuatro semanas y de nacimientos, podemos apreciar que hay dos muertes menos y 33 nacidos más en el año 2003; esto explica la gran variación de la tasa de mortalidad post neonatal.

Nos falta estudiar a fondo las causas de la muerte de estos niños, lo que todavía no hemos completado. Se ha progresado porque con la estadificación, niño por niño, lograremos identificarlas, aunque esto se hace a través de los certificados de defunción que no siempre son explícitos en cuanto a la verdadera causa de la muerte. Tendremos que estudiar caso por caso, porque el certificado puede decir que murió por una neumopatía aguda, pero no sabemos si era prematuro, si tenía bajo peso al nacer, si era hijo de una madre no controlada, dónde vivía esa madre, quién atendió el parto, ni a qué medio socio-económico volvió. Todos esos datos son importantes para estudiar en profundidad las razones de las muertes y actuar al respecto desde el punto de vista de la salud pública.

Aparentemente, de acuerdo con lo primariamente tabulado, las causas de muerte son un poco incongruentes con los datos de mortalidad infantil. Curiosamente, disminuyó la mortalidad fetal, aunque uno pensaría que debería haber aumentado; deberían haber aumentado las diarreas, pero en el 2003 hubo menos muertes por

diarrea. Hay cosas que todavía tenemos que explicarnos porque no las podemos entender bien hasta no profundizar en el tema. Me gustaría que el doctor Estol nos informara sobre este estudio que estamos haciendo en forma más profunda, con los mejores técnicos que tenemos y con la celeridad que podemos, pero, sobre todo, que nos aclare qué es lo que ha hecho el Ministerio durante todo este tiempo y desde el año pasado con respecto a este problema. No diría que lo veíamos venir, porque no es así -nadie va a mentir en ese sentido-, pero muchas veces lo comentamos y tratamos de hacer todo el esfuerzo de coordinación que estos asuntos necesitan. No se trata solo de la asistencia médica, sino de todo ese otro componente alimentario, ocupacional, de educación, de prevención, de vacunas.

Con respecto a las vacunas, entiendo que el Ministerio ha actuado bien. Por suerte, creo que la cifra que dio el señor Presidente de la Comisión no es la actual; cuando vimos que esa podría ser la cifra profundizamos en el tema y fuimos primero a los lugares que más urgían. Le dimos prioridad y, en este momento, no llegamos al 95% de niños vacunados, pero sí pasamos el 92%. Digo con orgullo que con el plan nacional de vacunación que se está realizando en este año, hemos logrado llegar nuevamente a un porcentaje -si es que en algún momento bajó- de población vacunada similar al que antes tuvimos; por lo menos, esperamos llegar al 95% y tal vez superarlo, porque todavía nos quedan quince días de junio para seguir vacunando.

SEÑOR ESTOL.- Trataré de ser lo más breve posible.

En función de los datos de mortalidad infantil, Uruguay está volviendo a la situación de 1998. En esa época el nivel de mortalidad infantil era de 16,4. Digo esto porque, en definitiva, es una situación del país. Como bien dice el señor Ministro, cuando hablamos de mortalidad infantil, tratando de ser serios y objetivos y entrando a disecar las causas reales de lo que está pasando, encontramos aspectos contradictorios. En ese sentido, podemos decir que la crisis económica, con su pico máximo en 2002-2003, afectó a esta situación. Reconocemos y decimos que directa o indirectamente afectó los valores de incidencia en esta cifra que tenemos en el día de hoy. Pero cuando seguimos disecando un poco más la información, empezamos a ver que también hay defectos en otros aspectos que hacen a los tenores de mortalidad infantil y que, indirectamente, se relacionan con el crecimiento de esta cifra. Por ejemplo, nos encontramos con factores como el relativo a la salud reproductiva y social, a la educación sexual y otros como los que aparecen en el caso de Artigas, aunque no solo ocurre esto allí. No debemos estigmatizar a este departamento, si bien históricamente ha presentado niveles altos de mortalidad infantil; en la década del noventa la tasa era de 21,9; 18,9 en el año 1995 y 22,3 en 1998. De manera que este departamento tiene la característica de presentar un perfil de incidencia importante en la mortalidad infantil. Habría que analizar el contexto económico de lo que allí ocurrió, el desarrollo del posible centro agro industrial al cual apostó mucha gente y la migración de grupos poblacionales de otros departamentos a Artigas. Los asentamientos que hoy existen en ese departamento no están integrados solo por gente de Artigas sino también de Salto y Paysandú; inclusive, me encontré con familias de Montevideo que emigraron allí y se quedaron aprovechando el cambio favorable en la frontera con Brasil, porque representaba un lugar mucho más barato para vivir, situación que hoy en día no se da.

Si prescindimos del contexto y analizamos fríamente la situación de Artigas, realmente decimos que por desnutrición pura podemos explicar solo dos muertes. Reitero, si analizamos científica y fríamente, observamos que hay solo dos casos que se pueden explicar claramente. Hay otra serie de casos. Por ejemplo, hay once casos de muerte en que las madres son adolescentes de 14 y 15 años; por característica, las madres adolescentes tienen niños de bajo peso. Imaginemos un entorno recesivo, debido a la crisis de esos años, y una madre que no ha completado su etapa de crecimiento, por lo cual parte de sus nutrientes son para completar su propio crecimiento y, por otro lado, para hacer crecer a ese niño que lleva en su vientre. En el mundo, la mortalidad de niños de bajo peso de madres adolescentes supera el 80 por mil; es así en cualquier parte del mundo. Existe un riesgo potencial que se multiplica y, objetivamente, también explica muchas de las causas de la mortalidad infantil en Artigas, aunque creo que esto se reproduce en otros departamentos, inclusive, en Montevideo. ¿Qué ha pasado acá? La gente ha emigrado, se ha movido; la pobreza se ha movido, ha ido a lugares donde los clásicos centros de salud no existen. Eso obliga al Uruguay a reflexionar profundamente acerca de cambiar el modelo asistencial ya que las estructuras hoy no están donde se encuentra la gente que necesita la mayor cantidad de servicios. El señor Presidente planteó con mucha claridad su preocupación y cuando estuvo en el Ministerio de Salud Pública insistió en que el problema de la vacunación es parte de un proceso porque la pobreza migró, la gente fue desplazada y los vacunatorios no existen en las cercanías de los centros donde la gente realmente necesita ser vacunada.

Eso obligó -como dijo el Ministro- a cambiar la estrategia. Durante cinco semanas, se sacó móviles a la calle y se fue directamente a los asentamientos a cubrir esa situación con los médicos de familia -tuvimos que utilizar móviles que teníamos destinados para inspecciones; en este momento, tenemos cuatro móviles en la calle; junto con la Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa estamos cubriendo toda la zona metropolitana- y de un 72% de cobertura de vacunación se pasó a un 92% o 93%, que es lo que tenemos al día de hoy. Esto también explica la situación. Fíjense que dos de las muertes que hay en Artigas son por varicela y ello se debe a un problema de vacunación.

Entonces, esto hay que sacarlo de la retórica para ver y analizar profundamente qué es lo que está ocurriendo; esto requiere repensar los servicios y atender temas culturales que tenemos en nuestra frontera, que hacen a una cultura de trabajo sobre temas como el embarazo adolescente. Cuando uno le pregunta a una madre por qué tiene más hijos después de tener 14 y uno en el vientre, dice: "Bueno, yo qué sé, es parte de una cultura, ¿qué quieren que haga?" Esto es parte de un proceso en el que tenemos que meternos.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Cuándo fue que bajamos al 72%?

SEÑOR ESTOL.- Este fue el análisis hecho a partir de lo que estaba ocurriendo el año pasado, 2003. Cuando tuvimos los datos, el señor Ministro dio la directiva de agilizar y sacar los móviles inmediatamente a la calle, y eso es lo que estamos haciendo en estos momentos.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Eso fue lo que nos llevó a fines del año pasado a hablar con la OPS para tener las vacunas antes, a fin de prever el período de vacunación y prepararnos mejor. Así, desde fines del año pasado, redistribuimos los lugares, estudiamos dónde empezar a vacunar y cómo hacer esa vacunación.

SEÑOR ESTOL.- Como estrategia de cobertura que también apunta a conocer la mortalidad infantil, Uruguay estuvo observando qué pasaba en el hemisferio norte con la influenza, que fue una gran causa de muerte infantil. Como consecuencia, se incluyó en el plan de vacunación a los niños entre seis y veintidós meses para evitar la patología respiratoria en invierno. Ustedes nos han visto que estamos insistiendo en que se vacunen esos grupos de población. El porcentaje de cobertura para la influenza se bajó a mayores de 55 años cuando antes era de 60 años. Todo esto incluyó estrategias armadas para tratar de ayudar y apoyar a estos sectores críticos y vulnerables de la sociedad.

Además, apuntando a esa realidad, se crearon las guías de flujo nutricional, que es lo que habilita a los distintos Centros de Salud cuando detectan un niño de bajo peso, a orientar hacia la complementación alimentaria.

A su vez, se elaboró el nuevo Código Nacional de Enfermedades en el que se indican los temas de vulnerabilidad nutricional, a los efectos de efectuar la denuncia a un Centro Único Nacional para ir detectando las situaciones. En este momento, estamos trabajando con todo el cuerpo médico nacional para socializarlo y denunciar esos hechos a una oficina para poder actuar en consecuencia.

También se hizo un manual nuevo de lactancia materna. Como todos sabemos, la lactancia materna es una estrategia: si hay lactancia materna, se evita la desnutrición el primer año de vida.

Además, se elaboraron las normas de atención adolescente para abarcar sin prejuicio el tema de educación sexual en los jóvenes.

Al mismo tiempo, estamos trabajando en un plan de huertas orgánicas como una estrategia de sobrevivencia a los grupos críticos. Vamos a ver si conseguimos con la FAO herramientas y semillas. Si nuestras abuelas lo aplicaron para la crisis en la década del treinta, nosotros, los uruguayos tenemos que diseñar una estrategia en la que la huerta familiar sea un tema importante.

También estamos trabajando junto con los CAIF para llevar adelante estrategias que ayuden a la población a enfrentar este tipo de situación.

Lo otro que tenemos en curso es una propuesta del Poder Ejecutivo que ya está en la parte final desde el punto de vista legal, para hacer el complemento alimentario en las harinas, vitamina B, ácido fólico y hierro.

Todo eso es lo máximo que hemos podido hacer en coordinación con ASSE, trabajando en la descentralización y apoyando a sus centros de forma de dar respuestas a esta situación.

Si me permiten, voy a hacer una reflexión de lo que pasó el año pasado cuando vinimos a la Comisión de Presupuestos. En aquella oportunidad nosotros decíamos que, en el pasado, circunstancialmente hubo apoyos internacionales producto de una situación de recesión global en el mundo, pero hoy en día no hay propensión a apoyar áreas críticas. Con el Ministro hemos trabajado en los foros internacionales y todo el mundo nos dice: 'Uruguay no está mal; Uruguay no califica para apoyos'. Uruguay no puede entrar en el plan de SIDA ni en una cantidad de elementos porque no califica por sus indicadores sociales. Eso nos obliga a usar el ingenio y la creatividad para manejarnos con el acotado presupuesto que tenemos y tratar de cumplir con nuestra misión en lo relativo a programas preventivos y políticas de prevención en áreas críticas y vulnerables del país. El gran desafío que al día de hoy tenemos como Ministerio de Salud Pública es tratar de fortalecer una estructura real que permita cumplir todos los roles que mencioné con la disponibilidad presupuestal que tenemos.

Reitero -y eso queda como deuda pendiente, tanto del Parlamento Nacional como de quien conduzca en el futuro este país- que nosotros tenemos US$ 500.000 para gastos de funcionamiento en la Dirección General de Salud para cumplir con todos los objetivos, con todas las metas, con el control de instituciones, con las políticas de prevención, etcétera. Evidentemente, como dije el año pasado, esto constituye el cortocircuito de todos los Ministros de este país. Es necesario tomar conciencia de todos los temas que hay que abordar en política de salud hacia el futuro. Les recuerdo que eso fue lo votado en el Presupuesto Nacional.

SEÑOR PRESIDENTE.- Me congratulo de que hayan detectado a tiempo esa baja en la cobertura del país. También tengo que decir que me alegra que los planes hayan revertido esa situación.

SEÑOR GIL SOLARES.- La verdad es que uno comparte de alguna manera lo que escucha de las autoridades de Salud Pública. No sé si decir aquello de que de buenas intenciones está empedrado el camino al infierno, pero el árbol se juzga por sus frutos. Las políticas de Estado últimamente nos están dejando un país en situaciones críticas en muchos de sectores. La salud no escapa en absoluto a eso. Por ello es que he mencionado muchas veces al señor Ministro esa diferencia grosera que existe entre el ciudadano de hospital y el de Salud Pública; es todo un tema. De alguna manera, lo tenemos que encarar y resolver y establecer una nueva política de salud en la que todos los ciudadanos tengan el mismo tipo y valor de asistencia.

Yo soy de los convencidos de que la salud no es un parámetro aislado. En la salud tienen que colaborar muchos otros aspectos y tal vez uno de los fundamentales es la educación general de la población. Como lo sostienen varios sociólogos y politólogos en este mundo, creo que la ignorancia es la peor de las pobrezas. Si uno recorre nuestros departamentos, nuestros pueblos y nuestros pueblitos, en cualquier departamento inclusive en Montevideo, uno ve que la ignorancia se transpira por todos los poros. Hay un déficit enorme en materia educacional y, por ende, también hay un déficit grosero en materia de salud.

La medicina nacional tiene una deuda enorme con la realidad y la verdad en el tema de las causas de muerte. Ustedes saben mejor que yo que no tenemos cultura de la autopsia. Firmar un certificado de defunción es facilísimo; se firma, el Juez dice: "Sepúltese" y se acabó el partido. Creo que una de las grandes falsedades en nuestro país es el tema de las causas de muerte; en eso nos estamos equivocando profundamente solo por el hecho de no tener cultura de la autopsia, de ninguna de esas cinco autopsias de las que habla el profesor Mañé con toda autoridad. Por eso, el Ministerio de Salud Pública tiene que prestar mucha atención a este tema.

Las causas de muerte no son solo las infecciosas, la baja o la mala calidad de la nutrición. Hoy en día nuestro país está sometido a moléculas artificiales de todo tipo y calibre, porque los agrotóxicos se usan indiscriminada y malísimamente, sin leer los prospectos de cómo se deben utilizar, y no hay autoridad que pueda resolver ese problema ahora. Si uno habla con cualquier paisano que viva cerca de cualquier arroyo del país, le va a decir que ahora, para sacar un pescadito, hay que tener mucha suerte. Y lo que le pasa a los pescaditos le pasa a nuestros niños, dentro y fuera del vientre de la madre. Si las autoridades universitarias y políticas no ponen coto a esto, vamos a ser un país cada vez más contaminado.

Es muy lindo tener en el auto una frase que diga: "Uruguay, país natural". Pero, ¿natural de qué? ¿Natural de vegetales, de fauna y de flora? Yo digo esto porque a mí me tocó vivir el problema de las moléculas agrotóxicas, porque trabajé en una zona rural, en un medio donde lo agrario predominaba sobre lo pecuario, y vi una gran cantidad de abortos espontáneos y de muertes fetales en embarazos a término, producidos por el contacto con moléculas artificiales. No estoy hablando de actos criminales ni de nada por el estilo, hablo de accidentes, de contactos impensados con sustancias que provocaban eso.

Pido disculpas por haber ocupado un tiempo desproporcionado para este tema, pero tenía que decírselo al señor Ministro porque creo que son cosas importantes que debemos tener siempre encima de la mesa.

SEÑOR CHÁPPER.- Yo quiero felicitar a las autoridades ministeriales; me siento congratulado por las medidas, las actitudes y las respuestas que han tomado para que rápidamente los uruguayos nos sintamos respaldados ante algo que no funciona bien. Creo que esto es muy importante y no tengan dudas de que esta Comisión va a apoyar siempre este tipo de medidas, que son las que todos queremos que se tomen.

Lo que más me importa destacar es que pocas veces he visto responder con tanta rapidez como lo han hecho las autoridades que nos visitan. Por lo tanto, quiero dejar constancia de que me siento reconfortado por la manera en que han tomado y conocido el tema y por las medidas que han dispuesto. Nosotros, como Poder controlador del Estado, nos vamos muy satisfechos por el trabajo que se está realizando a este nivel. Creo que estas son las cosas que todos queremos saber y las que todos debemos difundir porque aquí parece que todo está mal; pero en esta actividad no vamos a aceptar discursos políticos. Entendemos que estamos buscando la información necesaria y cada uno juzgará, dentro de lo que entienda, cuáles son los elogios o agravios que tenga que hacer.

Personalmente, en nombre de mi partido y de mi sector, quiero trasmitirles que este tipo de medidas son necesarias para el Uruguay en el que nos encontramos todos; aquí no hay partidos, aquí hay un tema que aflige a todos, blancos, colorados y de otro color, que necesitan respuestas rápidas como las que ustedes han dado.

Por lo tanto, quiero dejar constancia de que me siento muy reconfortado con las autoridades ministeriales actuales, en la medida en que han detectado este tema y han aplicado en forma rápida y eficaz los correctivos necesarios, como no podía ser de otra manera.

SEÑOR TRIVEL.- En el mismo sentido que el señor Diputado Chápper, nos sentimos congratulados por la actitud que han tomado las autoridades y por la profundidad y la seriedad con que han analizado el tema, fundamentalmente en nuestro departamento.

Más allá de que estamos viviendo una situación político-electoral en la cual muchos sectores buscan sacar partido de las situaciones, quienes convivimos en el norte sabemos cuál es la realidad y podemos dar algunos elementos que también inciden en este problema, pero no dejamos de reconocer la seriedad y la prontitud con que lo han analizado.

Queremos agregar algunos elementos que tal vez las autoridades no tengan. En estos últimos cinco años se han desmantelado algunos servicios asistenciales pediátricos, convenios entre el Ministerio y la Intendencia Municipal que le daban una rápida respuesta asistencial a los sectores desprotegidos; una red de policlínicas periféricas que, lamentablemente, se ha desmantelado. Aquellas otalgias u otitis que debían resolverse en 24 horas, hoy por hoy duran cuatro o cinco días y el paciente termina internado en el hospital con una neumonía grave y con riesgo de vida. No podemos olvidar eso y creemos que sería de buena administración estimular nuevamente esos convenios, reinsertar a nivel social esa red de policlínicas que mucho bien le hizo al departamento de Artigas en momentos en que la tasa de mortalidad -a fines de los años ochenta- rondaba en las mismas cifras. La sensibilidad del extinto Intendente Luis Eduardo Juan y quien les habla, hicieron posible armar un programa asistencial pediátrico que rápidamente trajo una disminución notable de esas cifras para felicidad del pueblo artiguense.

Finalizo reiterando las felicitaciones al Ministerio por la actitud tomada en este caso, fundamentalmente en mi departamento.

SEÑOR LEGNANI.- Recién estamos en la etapa de análisis de las cifras y después veremos los resultados. Desde luego, es un tema de seguimiento permanente, por lo que entendemos y descontamos que vamos a tener nuevamente la presencia y los informes del Ministerio, ya que, más allá de los análisis numéricos, está la realidad de los problemas que sufre cada uno.

Recogemos lo que ha sido expresado aquí por Diputados de esa zona; advertimos que las cifras se han incrementado significativamente y no sólo en ese departamento. Por eso, no entendemos cuando el señor Ministro se refiere al origen de las madres, porque la tasa de mortalidad también se elevó en los departamentos vecinos. Como se señalaba, en Rivera y Salto se mantuvo esa tasa. Si se toma el promedio de un número de años, las cifras se acercan, pero acá interesa cómo se ha elevado en otros departamentos; por ejemplo, en Lavalleja, Cerro Largo y Río Negro las cifras son llamativas. De todos modos, creo que hay que seguir con el tratamiento de este tema, independientemente de los números y de lo que ha señalado el Diputado de la región. Otros Diputados han dicho que hay algunos programas de asistencia infantil que fueron recortados.

Descontamos que el Ministerio nos seguirá informando acerca de la evolución de esta problemática.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quisiera hacer alguna reflexión personal antes de encarar el último tema del orden del día.

No voy a hablar de mi partido ni de mi sector, porque me parece que a estos temas no hay que tratarlos desde el punto de vista político. Lo único que quiero decir es que tenía una preocupación legítima sobre dos temas sanitarios, pero el doctor Estol fue muy claro y mis dudas fueron evacuadas.

Pasamos a considerar el último tema. Teniendo en cuenta lo avanzado de la hora, la Mesa solicita a los señores Diputados que sean breves, por cuanto a la hora 16 tenemos sesión de Cámara; se considerará un asunto que algunos vamos a votar y otros no.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- El señor Ministro sabe de nuestra preocupación acerca del funcionamiento de las Comisiones de Apoyo, sobre lo que tenemos serias reservas. Por ese motivo, en el mes de diciembre, le cursamos un pedido de informes para conocer de primera mano una cantidad de datos que para nosotros son de absoluta importancia, a fin de analizar la situación, no sólo a través de los que ya tenemos sino también de las informaciones oficiales que el señor Ministro tiene obligación de proporcionar.

Ya han pasado muchos meses y he reiterado este pedido hasta en forma personal. En la última reunión en que nos vimos, el señor Ministro me prometió que al otro día tendría la contestación -quizás exagerando-, pero no la hemos recibido. En cambio, se ha dictado un decreto.

Teniendo en cuenta la obligación de contralor que tenemos como integrantes del Poder Legislativo, la primera medida a adoptar era la realización de ese pedido de informes, cuya respuesta no ha llegado. Entonces, decidimos reiterarlo a través de la Cámara; aún no ha sido votado, pero seguramente hoy el plenario lo hará suyo. Este es un mecanismo del que dispone el Poder Legislativo, la Cámara de Diputados, cuando no se le contesta un pedido de informes.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Aclaro al señor Diputado que ya debe tener la contestación en su escritorio; si no le llegó, es porque se cursa por la vía que corresponde: a través de la Presidencia de la Cámara. Advierto que todavía no se la han entregado.

La respuesta al pedido de informes ameritaba un desarrollo exhaustivo; el expediente es muy grande.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Se podrá imaginar el señor Ministro que si yo hubiera tenido en mi poder ese informe, obviamente no habría hecho este planteamiento. De cualquier manera, pensamos que hay tiempos perentorios para dar una respuesta.

Entonces, nosotros analizaremos el material que se ha enviado y, en función de las informaciones que tenemos y de los datos que nos proporciona el señor Ministro, adelanto que convocaremos a otra instancia parlamentaria para tratar este asunto.

SEÑOR MINISTRO DE SALUD PÚBLICA.- Quiero pedir disculpas al señor Diputado por la demora. Efectivamente, me había comprometido a mandarle la información a la mayor brevedad posible, pero no pude hacerlo porque queríamos contestar con la seriedad que corresponde un pedido de este tipo.

Nos costó enormemente recabar toda la información requerida; los señores Diputados tomarán conocimiento de ella y seguramente nos encontraremos en este ámbito o en el que sea a los efectos de discutir el funcionamiento de las Comisiones de Apoyo.

Se trata de decenas de Comisiones que, a diferencia de la 068, que también está integrada por personal absolutamente honorario, no tienen una infraestructura administrativa propia. La 068 maneja el 91% de los dineros destinados a las Comisiones de Apoyo; las demás manejan el 9% restante y están integradas por gente totalmente honoraria, por buenos vecinos que a veces se reúnen cada 15 días y no siempre semanalmente. Cada Comisión tenía su forma típica de funcionamiento y sus maneras de informar.

Todo eso motivó que lleváramos adelante este decreto, que no inventa mucho; ordena disposiciones, resoluciones y decretos anteriores en una sola norma, le da mayor especificidad a las Comisiones de Apoyo y les indica qué libros deben llevar, cómo deben llevar las cuentas, cómo deben elaborar y elevar sus Rendiciones de Cuentas, en fin, todas las cosas que tienen que hacer para garantizar la transparencia. Estos vecinos brindan su tiempo y a veces hasta su dinero; dejan su trabajo. Son buenos vecinos que nos ayudan en todos los hospitales del país y que están orgullosos de su hospital. Entonces, hay que ser muy delicados cuando uno quiere investigarles los números y esas cosas. Pero nos hemos ido reuniendo con cada uno de ellos y les hemos explicado que aunque no tengan infraestructura ni empleados administrativos propios, hay cosas elementales que deben cumplir. De todo el relevamiento estará en conocimiento el señor Diputado.

Afortunadamente, en el tema pesos los controles son buenos y cuando han existido problemas por determinadas denuncias y acciones -que vuelta a vuelta pueden aparecer-, el Ministerio ha actuado y está actuando. Toda esta información se adjunta.

Este tema nos preocupaba mucho antes de que usted nos hiciera el pedido de informes. Apenas terminada la huelga de la salud del año pasado, en setiembre formé un grupo para estudiar cómo estaban funcionando y cómo rendían cuentas las Comisiones de Apoyo, la central y las locales, tanto la 068 como cada una de las unidades ejecutoras. No fue fácil el trabajo de ese grupo. Entonces, nombré oficialmente esa comisión en octubre y usted me hizo el pedido en diciembre.

Esa comisión comenzó a trabajar en octubre y a recopilar los datos persona por persona: quiénes trabajan, cuánto ganan, en qué situación están. Lo hizo Comisión por Comisión, y hay que tener en cuenta que la situación es absolutamente dinámica porque cambia todos los días. Realmente no fue fácil juntar toda la documentación. De cualquier manera eso no es excusa, por lo que le pido disculpas por la demora. Espero que la información sea suficiente; si no lo es, estamos a las órdenes para ampliarla y comentar nuestras impresiones. Pero todo está volcado en el informe que enviamos esta mañana.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Por supuesto que acepto las explicaciones del señor Ministro.

Yo dije que no quería entrar en el tema de fondo; el señor Ministro hizo algunas apreciaciones o reflexiones con respecto a lo que, a mi entender, no es el tema de fondo, por lo que estamos preocupados. Hay otros temas, desde nuestro punto de vista supuestamente irregulares, pero en este momento no queremos empezar a debatirlos por razones de tiempo y por una cuestión de seriedad: primero queremos leer la información brindada. Por este motivo, después de que tomemos conocimiento de la respuesta y de que se reparta a los miembros de la Comisión toda la información, tendremos otra instancia parlamentaria a efectos de discutir este tema.

SEÑOR ESTOL.- Quiero trasmitir algo, sobre todo a los miembros de la Comisión de Salud Pública. Estamos en ciernes del convenio marco, tema muy importante para el país ya que sería el primero que

lo votaría. Por tanto, quiero exhortarlos a todos a que nos acompañen en esta medida.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- ¡Ojalá que todos los legisladores estén a la altura de las circunstancias y estén presentes en el momento en que se necesiten cincuenta votos para reafirmar este convenio marco!

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos mucho su presencia.

Se levanta la reunión.